UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 218

HYGIÈNE ET TUBERCULOSE AU LIBAN

PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE ET SOCIALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

MENTION « MÉDECINE »

présentée et soutenue publiquement le Lundi 27 Juin 1932

PAR

Abdou FEGHALI

Né à WADI-CHAHROUR (Liban), le 3 avril 1903.

Examinateurs de la Thèse :

MM. LEURET, professeur..... *Président.*

BONNIN, professeur.....

CREYX, agrégé..... *Juges.*

PIÉCHAUD, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 218

HYGIÈNE ET TUBERCULOSE AU LIBAN

PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE ET SOCIALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

MENTION « MÉDECINE »

présentée et soutenue publiquement le Lundi 27 Juin 1932

PAR

Abdou FEGHALI

Né à WADI-CHAHROUR (Liban), le 3 avril 1903.

Examinateurs de la Thèse :

MM. LEURET, professeur..... *Président.*

BONNIN, professeur.....

CREYX, agrégé..... *Juges.*

PIÉCHAUD, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Physiologie	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
id.	DUFOUR.	id.	JEANNENEY.
Physiologie	FABRE.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	CREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	AUBERTIN.	id.	RIVIÈRE.
id.	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.
Maladies mentales	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Ophtalmologie..... MM. { CABANNES (en congé). BEAUVIEUX (chargé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle ..... GOURDON.

id. Clinique dentaire ..... DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

Quelle joie ce serait pour mon cœur de te voir auprès de moi en ce jour. Ce moment que j'espérais si heureux est bien triste parce que tu n'es plus là et que je n'ai pu te donner le baiser de l'adieu.

ET A MA MERE

Je vous réunis tous deux dans un sentiment de tendresse filiale et de reconnaissance sans bornes.

Feghali.

A MON FRERE PIERRE

Dont je n'oublierai jamais la tendresse et les encouragements dans mes épreuves. Ses lettres furent pour moi un remède contre la nostalgie qui me hantait souvent.

A MES SŒURS ESTHER, HAIFFA, YAMILE, ADELE
ET A LEURS FAMILLES

A MES AUTRES FRERES ASSAD, JEAN, MICHEL,
EMILE ET A LEURS FAMILLES

A Sa Grandeur Monseigneur Pierre FEGHALI

Archevêque de Hama,
Vicaire patriarcal,
Visiteur apostolique,
Docteur en théologie,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Symbole de la bonté, de la simplicité et de l'énergie; ancien élève de France qu'il a toujours aimée et su faire aimer. Ses conseils ne m'ont jamais manqué.

Qu'il trouve ici l'expression de mes hommages les plus respectueux et de mon affection la plus humble.

A Son Excellence Monseigneur Michel FEGHALI

Chorévêque du Liban,
Représentant Sa Béatitude le Patriarche d'Antioche et de tout l'Orient à Paris
Maître de Conférences à la Faculté des Lettres de Bordeaux,
Professeur à l'Ecole des Langues orientales vivantes
de l'Université de Paris,
Docteur ès lettres,
Officier de l'Instruction publique.

Qui a su rendre mon séjour à Bordeaux agréable par les entretiens fréquents sur les parents du pays lointain. Que ce mot soit à ses yeux le faible témoignage de ma reconnaissance et de ma respectueuse affection.

A TOUTE MA FAMILLE

Aux Soldats de l'Armée du Levant et aux Volontaires du Liban qui ont tous deux versé leur sang au Champ d'honneur pour la délivrance du Liban et pour la gloire de la Plus Grande France.

Faible témoignage de reconnaissance
d'un Libanais, jeune comme eux.

Aux nombreuses Familles amies de France
que je quitte, non sans regrets.

Un dernier adieu.

A MES PARRAINS DE LA SOCIETE ASIATIQUE DE PARIS
Les grands Linguiste et Orientaliste
Professeurs CUNY (de Bordeaux) et COHEN (de Paris).

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DES LETTRES DE BORDEAUX
ET A CEUX DE LA FACULTE DES SCIENCES

A MES BONS CAMARADES DES FACULTES,
FRANÇAIS ET ETRANGERS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX
A MES CHEFS DE SERVICE DES HOPITAUX
ET A LEURS AIDES

A MES PRESIDENTS ET MEMBRES DE JURYS DES EXAMENS
DE CLINIQUES : CHIRURGICALE, OBSTETRICALE
ET MEDICALE

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur VILLEMIN

Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.
Officier d'Académie,
Croix de Guerre,
Officier de Sainte-Anne de Russie.

Qui a toujours eu un mot aimable à me dire. D'une conscience irréprochable, on devinait son cœur gros quand il se voyait obligé d'ajourner un candidat. C'est l'un des maîtres qui savait attirer et faire aimer la Faculté de Médecine de Bordeaux aux élèves étrangers qui la fréquentaient. Qu'il trouve ici l'expression de mon profond respect et du leur.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur J. SABRAZES

Professeur d'Anatomie pathologique et de Microscopie clinique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Médecin-chef du Service des contagieux à l'Hôpital d'isolement,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Qui a bien voulu m'autoriser ainsi que M. le Professeur Muratet, à travailler dans leur laboratoire d'anatomie pathologique. Je n'oublierai jamais leur bon accueil. Qu'ils trouvent tous deux ici l'expression de toute ma respectueuse reconnaissance.

A MON ANCIEN INTERNE
PUIS CHEF DE CLINIQUE ET PLUS TARD MAITRE

Le Professeur agrégé DELMAS-MARSALET

Médecin des Hôpitaux,

Qui m'a initié aux premiers éléments de la médecine, aussi ne puis-je me présenter devant le lit d'un malade sans avoir devant moi son ombre et dans mon imagination ses conseils et son enseignement pleins de clarté, de précision et de savoir.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur E. LEURET

Professeur d'hygiène,
Médecin des Hôpitaux,
Médecin-chef du Sanatorium Xavier-Arnozan,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Cher Maître,

Je vous remercie respectueusement et je comprends tout l'honneur que vous me faites en voulant bien présider le dernier acte de ma vie d'étudiant en France. Je vous prie d'agréer ici l'hommage de ma profonde gratitude.

Les quelques instants d'entretien que vous avez bien voulu m'accorder resteront parmi les meilleurs souvenirs de mon séjour en France, pays qui restera pour nous tous, médecins étrangers, un lieu de pèlerinage par ce qu'il a de nouveau, de beau et d'éternel.

HYGIÈNE ET TUBERCULOSE

AU LIBAN

PROPHYLAXIES INDIVIDUELLE ET SOCIALE

INTRODUCTION

Le Liban, tel qu'il existait en 1920, a été créé par le statut de 1864. En droit, il faisait partie de l'Empire Ottoman; en fait, il était indépendant, gouverné par un Moutessareff toujours chrétien, assisté d'un Conseil de 13 membres des différentes autres religions. Le Liban ancien ne comprenait donc ni Beyrouth, ni Tripoli, ni Tyr, ni Sidon. Sa superficie était de 5.740 kilomètres carrés.

Le Liban actuel, proclamé en 1920 Etat du Grand-Liban, est constitué par l'annexion à l'ancien Liban des villes de Beyrouth, de Tripoli, de Tyr, de Sidon, et d'une partie de la Bekââ. Sa capitale est Beyrouth. Le territoire a une superficie de 9.321 kilomètres carrés, pour une population de 638.000 habitants.

La population actuelle s'est constituée en République depuis 1926, avec un Président de République, un Conseil de ministres, une Chambre de députés, un Sénat et un Conseil

d'Etat, tout cela copié, à peu près, sur l'organisation des grandes républiques occidentales. Ce personnel a des appointements très élevés et des indemnités considérables, de telle façon que les impôts ont écrasé le paysan, dont le revenu a passé à payer les impôts à la République, pour entretenir un nombre imposant de fonctionnaires, pour la plupart inutiles.

Où trouver l'argent nécessaire?

Le paysan, laissant sa maison, sa famille, ses terrains fertiles à l'abandon, est parti à la recherche de la fortune, ou dites plutôt à la recherche de la misère et de la maladie. Emigré, supportant toutes les privations, vivant sous un climat qui n'est pas le sien, loin de son foyer, loin de son sol natal, de son air pur et de son soleil bienfaisant, il habite maintenant les taudis, où existe le manque d'hygiène, avec, à sa suite, les différentes maladies sociales et surtout la tuberculose. Notre thèse montrera quel rôle joue l'émigration de la population montagnarde dans le développement de la tuberculose.

CHAPITRE PREMIER

LES CLIMATS DU LIBAN

Le Liban présente trois variétés de climats correspondant aux trois zones comprises entre les diverses altitudes. Ce sont les climats : du littoral, de la montagne et du plateau.

a) Le littoral méditerranéen a un climat très doux en hiver, où il ne neige jamais, mais où les pluies tombent en abondance pendant les mois d'octobre, de novembre, de décembre, de janvier, avec des pluies moins fortes en février et mars. L'été, par contre, est très chaud. L'altitude moyenne de ce littoral est de 500 mètres. Ainsi Beyrouth : prenons cette ville comme exemple du climat du littoral méditerranéen : sa température moyenne annuelle de 19° nous permet de la classer tout à fait à la limite des climats chauds (moyenne supérieure à 20°) et des climats tempérés (moyenne inférieure à 20°); mais, ce qui nous oblige à la classer dans la deuxième catégorie de ces climats c'est l'oscillation annuelle des moyennes mensuelles (14° entre février et août, les mois extrêmes de l'année). Les vents y sont presque nuls; cependant, l'hiver, y soufflent les vents du nord.

En somme, la côte est d'un climat agréable surtout l'hiver, caractéristique des climats du littoral méditerranéen tout entier, où la vie est calme et l'air est bon.

b) La montagne. — La montagne surplombe le littoral et s'étend jusqu'à une altitude de 1.500 mètres, elle a un climat tempéré avec des pluies non abondantes et un froid intense, il y a de la neige dès qu'on est à 1.000 mètres d'altitude. L'été, il y règne un vent frais, provenant des neiges éternelles des sommets. D'ailleurs, les habitants aisés du littoral quittent

leurs habitations en été, et viennent y chercher le repos, le bon air et la santé. Les grosses chaleurs y sont sèches, ce qui les rend supportables. Les vents sont presque les mêmes que sur le littoral. Les brises de la mer sont plus fortes et, de plus, soufflent des brises agréables descendant des hauts sommets, qui donnent de la fraîcheur aux nuits.

La végétation est celle des climats tempérés. On y trouve cultivés : le mûrier, l'olivier, l'amandier, etc., et c'est dans les flancs de ce Mont-Liban proprement dit et dans ses vallées profondes que se trouvent les légumes les plus variés et les meilleurs arbres fruitiers qui existent au monde : abricotiers, pêchers, pruniers, pommiers, etc.

C'est une région à double production, où l'on peut trouver à quelques centaines de mètres (suivant qu'on est dans la vallée, arrosée et fertile, ou sur la hauteur, sèche et rocailleuse) les végétations les plus disparates, celle des pays tempérés dans la vallée, et celle des pays froids sur les hauteurs.

c) Le plateau. — La plateau comprend Sahl-el-Bekââ. C'est une région à climat sec et froid, où les neiges sont perpétuelles, où ne poussent que les céréales : blé, lentilles, fèves, pois-chiches. Cette région est entourée par les montagnes blanches, où, même par les grandes chaleurs, persistent les grottes de glace, bien connues et bien estimées de la population qui y puise la glace naturelle, d'une consommation courante dans ce pays, surtout dans les villes du littoral, où la seule boisson en été est l'eau pure glacée. Le climat de cette zone est franchement continental; il n'y pleut jamais l'été, les vents sont très calmes la nuit et ont leur maximum d'intensité vers 9 heures du matin; ils s'apaisent vers le soir et retombent vers 20 heures, ce qui rend supportables l'ardeur du soleil et la chaleur de la journée.

Voilà donc les trois climats du Liban, climats bien différents les uns des autres, et l'on s'arrête, étonné, devant cette diversité de températures quand on songe à la longueur totale de cette chaîne de montagnes, qui ne dépasse pas 140 kilomètres de longueur sur 25 kilomètres de large.

CHAPITRE II

EAU POTABLE DU LIBAN. PRECAUTIONS A PRENDRE A LA VILLE ET A LA MONTAGNE

On évalue la quantité d'eau qui tombe annuellement sur le Liban à 3.652.197.720 mètres cubes, sur une superficie de 9.400.000.000 de mètres carrés. Cette quantité d'eau se répartit de la façon suivante : une partie ruisselle sur les pentes et va à la mer, une partie est reprise par évaporation, le reste alimente les rivières ou se forme en réservoir dans les profondeurs du sol.

La nature du sol. — C'est le calcaire jurassique qui forme la charpente du sol du Liban; il a une épaisseur, assure-t-on, de 800 mètres. Sur de nombreux points de cette chaîne de montagnes et au-dessus de ce calcaire jurassique apparaissent des grès à lignite.

Ce qui nous intéresse surtout dans ce chapitre, c'est l'eau taxée d'eau potable des villages. Cette eau est malheureusement bien loin de l'être, étant donné que son périmètre d'infiltration est couvert de cultures, d'habitations, de fosses d'aisances, de fumier et de détritus de toute nature; tout ceci, en se désagrégeant, pollue cette eau de toute espèce de bacilles et microbes, entre autres le bacille d'Eberth, le coli, les diverses amibes et douves. Nous n'avons pas entre les mains un examen bactériologique complet, mais nous assurons que les fièvres typhoïde et paratyphoïde sont à l'état endémique dans ce pays. Donc, une surveillance assidue et continuelle doit être exigée des médecins du gouvernement, qui ont pour

principal rôle la protection de la santé publique. Nous insistons sur les prélèvements et les analyses fréquents de ces eaux suspectes, et conseillons qu'elles ne soient livrées à la consommation qu'après avis favorable; de plus, un laboratoire doit être installé dans chaque district, avec, à sa tête, un bactériologue-parasitologue spécialisé dans ce genre de recherches.

Il est donc difficile, avons-nous dit, de donner des résultats d'examen bactériologique de ces eaux, étant donné que les prélèvements d'échantillons n'ont pas été pratiqués d'une façon judicieuse; nous pouvons conclure que la richesse de ces eaux et leur pauvreté en microbes et en bacilles dépend des canalisations qui les amènent aux villages, de leur étanchéité et surtout de ce que ces canalisations cheminent dans des endroits habités ou, au contraire, inhabités, arrosés par les fumiers ou non arrosés. En général, là où la canalisation se fait sur terrain ferme, loin des arrosages et des jardins, l'eau est pure, et le contraire se produit si cette canalisation passe dans un tunnel à découvert, au-dessous de jardins arrosés par l'eau de bassins dans lesquels les paysans laissent fondre le fumier.

L'expérience a vérifié ces faits. Dans un village où l'eau était puisée directement à un tuyau, par conséquent fermée, venant de la source, les consommateurs de cette eau n'avaient rien, tandis que dans un deuxième village où l'eau était amenée par des rigoles à découvert, on observait de nombreux cas de typhoïdes, de dysenteries, etc.

Quant à l'eau potable de Beyrouth, on peut dire qu'elle est pure, étant donné que la Compagnie des eaux de cette ville capte l'eau provenant de la résurgence de Ghaïta, par un barrage situé à 3 kilomètres de la mer, et à l'aide d'un canal elle l'amène aux grandes usines de Dhbayé où cette eau est décantée et filtrée. Elle est ensuite refoulée par des canaux fermés jusqu'aux Dhours Achrafié, le quartier le plus haut de Beyrouth, et enfin distribuée par des tuyaux aux habitations de la ville.

La filtration est assez bonne; ainsi Beyrouth se trouve dotée d'une eau potable et est à l'abri de ces épidémies de choléra et de dysenteries qui l'éprouvaient et la dévastaient avant cette installation moderne. On y rencontre bien souvent, malgré cela, des cas de typhoïde, de choléra et de dysenterie, etc.; ceci provient, en grande partie, très probablement de la consommation et de l'abus des verres d'eau glacée avec de la glace naturelle de ces grottes du Liban, dont nous venons de parler. L'été, un homme arrive à absorber facilement 3 à 4 litres d'eau glacée, ce qui nous paraît un peu exagéré, mais qu'y faire ?

Un petit nombre de localités ont un système de filtration semblable à celui de la capitale, mais pas aussi perfectionné. Citons : Tyr, Sidon, Baalbeck, Tripoli, Alep, Sofar, Becherré et Djezzine, où les eaux sont amenées par un système de canalisations que les Romains ont aménagées depuis la plus haute antiquité et qui subsistent encore de nos jours. Malheureusement, ces canalisations n'ont jamais été entretenues, d'où fissures inévitables, causées par le temps et par l'usure; le remède serait de réparer ces conduites, sans cela les épidémies de typhoïde, etc., risqueraient de s'accroître dans ces régions. En résumé, toutes ces canalisations précitées laissent à désirer, et une surveillance assidue et continuelle est à exiger; de plus, il faudrait capter ces eaux potables, construire des châteaux d'eaux bien protégés, surveiller cette eau en en prélevant régulièrement des échantillons, à fin d'analyses pratiquées par des hommes de laboratoire compétents. Un contrôle rigoureux par le ministre d'Hygiène doit être pratiqué. Il suffirait, pour cela, d'un peu d'argent et de matériel pour que cette eau impure devienne potable. La main-d'œuvre au Liban existe à bas prix; il ne manque donc qu'une directive et un peu d'initiative, autrement les villages du Liban, dont ce pays s'enorgueillit, tomberont en décadence et seront abandonnés de leurs propres habitants et des hôtes étrangers qui font leur richesse pendant l'été.

Il est aussi de la plus haute importance que les bactériolo-

gues et parasitologues qui en sont chargés soient bien rétribués, qu'ils n'aient point à s'occuper d'une clientèle à côté, afin de pouvoir se donner, avec une irréprochable conscience, à ces différentes questions d'où dépend la santé publique des habitants et des étrangers qui viennent en grand nombre respirer l'air du Liban.

Il serait souhaitable que le ministre d'Hygiène, responsable de la santé publique, mette au point cet état de choses; par cela il rendrait d'éminents services à son pays !

CHAPITRE III

LA POPULATION ACTUELLE DU LIBAN EMIGRATION ET IMMIGRATION

Il n'y a pas eu de recensement exact au Liban, ni avant la guerre de 1914, ni après. Quant au recensement de 1922, on ne peut compter sur son exactitude, étant donné que la plupart des habitants, surtout à la montagne, ne sé sont pas présentés aux bureaux de recensement afin de ne pas payer la taxe de 20 piastres imposée par le gouvernement, en échange de quoi, chaque habitant se trouvait doté d'une carte d'identité. On a pu quand même réunir un total de 570.000 habitants. Un second recensement effectué dans les mêmes conditions en 1928, a donné un total de 796.284 habitants.

Nous proposerions un nouveau recensement effectué cette fois par des agents du Gouvernement et payé par lui, chargés de passer dans les maisons, sans occasionner le moindre dérangement à la population. Ce chiffre se trouverait certainement augmenté de quelques centaines de mille.

Tableau de la population du Liban en 1928.

VILLES ET DISTRICTS	PRÉSENTS	ÉMIGRÉS	ÉTRANGERS	RÉFUGIÉS	TOTAL
Beyrouth ville.....	84 245	6 980	14.600	28.830	134.655
Tripoli ville.....	28.750	5.019	1 706	1.785	37.260
Tripoli district.....	59.192	17.863	»	»	77.055
Tripoli total.....	87.942	22.882	1 706	1.785	114.315
Sidon ville.....	10.157	567	313	605	11.642
Sidon district.....	38.852	8.579	48	1.156	48 635
Sidon total.....	49.009	9.146	361	1.761	60 277
Zahlé ville.....	13.764	4.879	889	1.453	20.985
Zahlé district.....	40.854	13.932	186	68	55.040
Zahlé total.....	54 618	18.811	1.075	1.521	76.025
Baalbeck district....	41.719	3 072	382	22	45.195
Batroun district.....	44.142	27.820	17	242	72.200
Tyr district.....	39.954	3.178	44	89	38.265
Merjayoun district	25,172	9.133	»	42	34.347
Metten district.....	53.962	23.502	284	2.634	80.382
Kesrouan district.	38 868	14.908	141	3.068	57.185
Chouf district.....	60.097	17.132	419	483	78.121
Deir el-amar.....	3.719	1.485	113	»	5.317
Total général....	.....	.....	.....	.....	796.284

CHAPITRE IV.

L'EMIGRATION ET LA TUBERCULOSE AU LIBAN

L'émigration. — Ce problème, si compliqué et si néfaste à tous les points de vue, enlève au Liban un nombre considérable de ses enfants. Il faut compter en moyenne cinq mille Libanais par an qui quittent leur pays pour aller à l'étranger chercher fortune. Leur pays, d'après eux, ne leur offrirait pas les moyens d'acquérir une certaine aisance par leur travail : d'où inconvénients multiples tant au point de vue hygiénique, ce qui nous intéresse le plus dans ce chapitre, qu'au point de vue économique : arrêt du commerce, de l'industrie, appauvrissement du terrain, de la culture. Nous dirons un mot sur chacun de ces inconvénients en nous réservant pour la conclusion de notre travail un chapitre spécial concernant les remèdes à apporter à l'émigration et à l'immigration.

En nous plaçant au point de vue de l'hygiène générale, nous pouvons dire que tout Libanais revient dans son pays, sauf quelques-uns bien entendu, avec une tare physique ou morale. Les tares physiques sont les plus dangereuses, et ce sont celles qui nous intéressent le plus. D'ailleurs, celles-ci créent fatalement les tares morales.

Prenons, par exemple, un jeune habitant de la montagne libanaise proprement dite, transplantons-le à Beyrouth, donc à une distance relativement minime, une dizaine de kilomè-

tres, par conséquent sous le même ciel et dans un climat très proche du sien. Au bout de quelques mois, nous constatons déjà un bien grand changement, et, à la place de l'homme sain, vigoureux, musclé, au teint respirant la santé, nous revoyons l'homme pâle, sans couleurs, avec des traits anxieux, un caractère emporté. Cela est inversement proportionnel à l'âge de notre sujet : plus il est jeune, plus il souffre de ce changement. Les causes se laissent deviner par un esprit moyen : l'aspect même du sujet présenté démontre amplement les inconvénients de ce changement d'existence. On n'a pas besoin d'aller chercher plus loin parmi les émigrés, dans les autres parties du monde, des exemples plus frappants.

Donc aucun avantage pour cet émigré qui est jeune, qui croîtra mal, se développera d'une façon incomplète, telle qu'une plante qu'on transporte d'un terrain humide à un terrain sec. De plus, cet émigré, issu d'une honorable famille libanaise, famille de montagnards soustraite aux excès de toutes sortes et aux influences pernicieuses des grandes villes, de parents qui n'ont pour culte que celui de Dieu et du foyer, ce jeune homme tombe de dégradation en dégradation physique aussi bien que morale et devient un taré. En somme, en nous plaçant simplement au point de vue de l'hygiène générale au Liban, nous devons regretter le brusque contact de ces jeunes montagnards, soustraits jusqu'alors aux dangers de la contamination, avec tous ces milieux bacillifères, une fois qu'ils sont lancés dans la ville. Ainsi, ceux qui reviendront tôt ou tard à la montagne seront trop souvent atteints de tuberculose et rapporteront ainsi au village natal, ainsi qu'à leurs descendances directes et indirectes, de bien dangereux germes de cette terrible maladie qui fait bien vite des ravages. Là où elle passe, elle sème la ruine et le deuil.

Mouvement du port de Beyrouth en 1926-27-28.

PAYS	ÉMIGRATIONS				IMMIGRATIONS				EXCÉDENTS	
	1926	1927	1928	Total	1926	1927	1928	Total	Partants	Arrivants
France	3.108	552	548	4.208	650	719	465	1.834	2.374	»
Amérique du Nord	1.523	688	461	2.672	437	442	432	1.311	1 361	»
Amérique du Centre	985	408	371	2.564	212	292	249	753	1.811	»
Amérique du Sud	9.048	4.930	3.768	17.746	956	1.363	1.282	3 601	14 145	»
Tunisie, Algérie, Maroc	13	15	5	33	21	12	12	45	»	12
Grèce	22	39	13	74	43	39	10	92	»	18
A. O. F	90	375	412	1.677	13	134	164	311	1.366	»
Afrique Centrale	24	»	1	25	64	1	»	65	»	40
Afrique du Sud	15	1	3	19	2	»	»	2	17	»
Egypte	1.409	2. 229	1.194	4.832	1. 853	2. 415	1. 258	5.526	»	694
Indes	3	»	»	3	2	3	»	5	»	2
Chine, Japon	»	»	1	1	1	»	»	1	»	»
Italie	55	54	25	134	76	61	48	185	»	51
Australie	84	51	28	163	7	4	5	16	143	»
Turquie	28	172	74	274	134	220	102	456	»	182
Angleterre	36	27	16	79	44	22	22	88	»	9
Allemagne	4	5	3	12	6	11	5	24	»	12
Autres Etats d'Europe	149	134	123	406	70	83	25	178	228	»
Sénégal	1.298	138	249	1 685	251	393	345	989	696	»
Total	18.650	9. 818	7. 285	35.953	4. 842	6. 264	4. 421	15.527	20.426	»

Donc, l'excédent des partants sur les arrivants dans le port de Beyrouth au cours de ces quatre années a été de 20.426. Sur ce chiffre, on compte 60 p. 100 de Libanais, ce qui donnerait un chiffre total de plus de 10.000 Libanais émigrés en quatre ans, ce qui nous semble énorme étant donné la population minime du Liban. Donc, cette émigration et cette immigration sont les deux poisons qui intoxiquent en ce moment le Liban, à cause des diverses maladies qu'elles engendrent. En tête de ces différentes maladies, nous pouvons placer en première ligne la tuberculose. Disons un mot sur cette maladie.

La tuberculose, cette terrible maladie qui décime les jeunes émigrés libanais, a comme point de départ la contagion. Il faut considérer que les tuberculeux les plus dangereux ne

sont point les plus malades (ceux-ci sont isolés), mais les plus dangereux sont bien les demi malades qui, eux, circulent librement, vont à leurs travaux, à leurs plaisirs, et contaminent tous les milieux dans lesquels ils séjournent. Ce sont surtout ces bronchitiques chroniques, ces grands tousseurs, qui sèment en tous lieux leurs expectorations bacillifères, témoin ces malades emphysémateux ou catarrheux, émigrés ou non, qu'on voit perdre, de tuberculose, plusieurs femmes et de nombreux enfants dans le cours de leur existence, loin de se douter, en réalité, qu'ils ont causé autour d'eux de nombreuses pertes humaines.

Un mot sur la tuberculose à Beyrouth :

Beyrouth. comme toute ville surpeuplée, est favorable à la tuberculose. En effet, à Beyrouth, existent des maisons à tuberculose, comme il existe des familles de tuberculeux. Sans doute, le défaut d'éclairage des locaux par le soleil va de pair avec leur aération insuffisante et avec la misère ouvrière de ces jeunes montagnards libanais si facilement sujets à la tuberculose à cette période de leur croissance, d'où découle une hygiène défectueuse dans tous ses éléments.

Dans ces agglomérations et dans ces cités ouvrières, où les habitations sont entassées les unes sur les autres, la mortalité par la tuberculose est effroyable. Cela justifie le dicton bien français qui dit : « Là où le soleil n'entre pas, entrent les maladies, et spécialement la tuberculose. »

Le surmenage physique, le travail intensif et continu, aggravé par un sommeil et une alimentation insuffisamment réparateurs, peuvent conduire à une misère physiologique favorable aux infections microbiennes tuberculeuses. Le surmenage sexuel prématuré ne paraît pas aussi négligeable, car cette jeunesse montagnarde, descendant des hauteurs du Liban, sobre jusque-là, bien tenue par ses parents, une jeunesse dont la croissance n'est pas encore terminée et surtout quand l'exercice de la fonction génitale est exagéré et prématuré, alors que l'organisme a encore besoin de matériaux de construction, court à une déchéance organique très favorable au développement de la tuberculose.

Au total : l'émigration, cause de la misère, de la mauvaise hygiène de l'habitation, du surmenage et de la prématuration sexuelle, peut revendiquer une part du désastre commun, d'où l'émigré est dangereux par ce qu'il laisse de tares à sa descendance. Un mot, en passant, sur l'hérédité tuberculeuse, qui joue un grand rôle dans le développement de cette terrible maladie. La transmission directe du germe des générateurs au produit est relativement très rare; quant à la transmission d'un terrain spécial facilement tuberculisable, elle est contestable. Si les enfants des tuberculeux deviennent facilement et fréquemment eux-mêmes tuberculeux, c'est qu'ils vivent au contact de leurs parents, dans un milieu contaminé, et qu'ils ne peuvent échapper à la contagion. Mais quand les enfants de ces tuberculeux vivent éloignés de leurs parents, dans un endroit favorable à leur croissance, ils se développent normalement et ne présentent généralement aucune tare qui puisse être attribuée à leur origine.

Donc, il y a tout intérêt à séparer, dès sa naissance, un enfant dont le père ou la mère présente des stigmates de tuberculose ou est suspect. Par conséquent l'émigré serait dangereux pour lui-même, pour sa femme et fatalement pour ses enfants, sans compter pour toutes les personnes saines qu'il approche à son retour au village natal.

CHAPITRE V

PROGRAMME D'UNE LUTTE ANTITUBERCULEUSE AU LIBAN PROPHYLAXIE ET ŒUVRES DE PROPHYLAXIE

La lutte contre la tuberculose est une des plus ingrates qui puisse exister, étant donné que nous ne possédons aucune médication spécifique capable, par elle seule, de guérir cette maladie. Qu'il s'agisse donc d'une thérapeutique préventive ou d'une thérapeutique curative, les résultats n'en sont point encourageants :

a) La sérothérapie antituberculeuse ne trouve pas ses indications dans cette maladie chronique par excellence; par contre, elle fait des merveilles dans d'autres maladies infectieuses aiguës. Dans la tuberculose, maladie chronique, les lésions tissulaires sont déjà constituées, le microbe est localisé et s'isole dans une sorte de gangue protectrice qui le met à l'abri de toute attaque;

b) Les méthodes d'immunisation sont malheureusement sans effet appréciable;

c) La vaccinothérapie ne paraît pas devoir être efficace contre une maladie qui devient chronique, précisément parce que les efforts de l'organisme pour réaliser cette immunisation naturelle restent insuffisants. Ainsi, la réinfection des tuberculeux est-elle très fréquente, ce qui aggrave d'ailleurs l'état des tuberculeux. D'où vaccination peu utile;

d) Quant aux médications de nature chimiquement définie, elles n'ont pas encore donné par elles-mêmes de résultat définitif;

e) La physiothérapie, cures marines et solaires, a une ac-

tion manifeste, surtout dans les tuberculoses locales et externes, qui ne sont point la généralité. Les agents physiques sont loin d'avoir eu leur plein succès surtout dans les tuberculoses pulmonaires déjà avancées. Ces tuberculoses sont les plus dangereuses, et c'est précisément en elles que réside le grand danger social.

Donc, connaissant tout cela, il nous reste à attaquer le mal dans sa source avant que l'individu n'en soit touché, et puisque la tuberculose est une maladie contagieuse, c'est non simplement contre elle que le programme de la lutte s'adresse, mais c'est bien contre la contagion aussi qu'il faut lutter.

Dès la plus haute antiquité, nos ancêtres n'hésitaient point, ayant à lutter contre une maladie contagieuse, à pratiquer l'isolement des malades afin de supprimer les causes de la contagion. L'Orient est bien riche en ces exemples : les léproseries de la Palestine, les pesteries de Jaffa, de Tyr, de Sidon, en sont des exemples frappants. Donc, le principe de la méthode sera organisé au Liban tel qu'il est actuellement en France.

CARTE SANITAIRE
DU
LIBAN
Etat des Alaouites
Nahr-el-Kebir
Nahr-Akkar
Akkar
Tripoli
El-Hermel
880
Nahr-el-Assi
Zeghorta
L. Orgoush
L. Djebata
Nahr-Abou Ali
Amioun
3345
L. Orgoush
Les Cèdres
Batroun
Nahr-el-Joz
Bcharreh
Nahr-Tartouche
1385
Mairouba
Jebaïl
L. Yammouneh
1425
L. Zenieh
Nahr-Ibrahim
Jounieh
1145
Zahlé
950
Baalbek
Nahr-el-Kelb
MEDITERRANÉE
BEYROUTH
Behannes
Nahr-Beyrouth
Baabda
Baabdat
Bekaa (Plaine)
Wadi-Chahrour
Aley
810
Deir-el-Kamar
1000
900
Baaklin
Nahr-el-Litani
Zebdani
Nahr-el-Aouali
Sidon
Jezzin
Rachaya
Nahr-el-Zahrani
Damas
Jdeydet Marj-Ayoun
M. Hermon
Nabatieh
Hasbaya
Etat de Syrie
Nahr-el-Qasmieh
Tyr
Nahr-el-Hasbani
Légende
Localité où existe un hopital.
" " " " orphelinat
" " " " dispensaire
Limites du Liban
Aïn-Ibl
L. de Houleh
Jourdain
Palestine
Safad

CHAPITRE VI

PROPHYLAXIES INDIVIDUELLE ET SOCIALE DE LA TUBERCULOSE TELLES QU'ELLES DEVRAIENT ETRE INSTITUEES AU LIBAN ; L'ETAT ACTUEL DES CHOSES DANS CE PAYS

Le moyen de lutte contre la tuberculose, avons-nous dit, c'est d'éviter la contagion. Parlons ici des moyens capables d'éviter cette contagion et d'enrayer la marche de la tuberculose, maladie sociale par excellence :

a) A la montagne : luttons contre l'émigration des jeunes gens vers les villes;

b) Dans les villes : luttons contre le taudis, supprimons les armées de mendiants.

Telle qu'elle apparaît à la suite des travaux français et étrangers, Etats-Unis, Angleterre, France, Belgique, la lutte sociale antituberculeuse repose actuellement sur les bases suivantes : instituer deux ordres de barrière : barrière de défense autour des semeurs de germes et barrière de protection autour des sujets sains; l'isolement des tuberculeux contagieux serait désirable, mais dans l'état actuel des choses, il ne peut être que relatif et partiel; donc contentons-nous d'éduquer ces tuberculeux, et instituons une guerre aux crachats. Cette éducation comprendra l'éducation sociale et l'éducation individuelle.

a) Education sociale. — Création d'arrêtés et lois ministériels pour la lutte contre cette déplorable habitude de cracher par terre, surtout dans les endroits publics : trains,

tramways, bureaux, promenades et surtout jardins et squares destinés à la promenade des tout-petits.

b) Education individuelle. — Apprendre au tuberculeux à détruire ses crachats.

Léon Bernard classe les moyens d'action de défense en deux catégories : moyens directs et indirects.

1° *Les moyens directs*, dirigés spécialement contre la contagion et qui sont : les dispensaires, les sanatoriums, les hôpitaux spécialisés pour les tuberculeux (les hôpitaux-sanatoriums), la préservation de l'enfance, enfin l'éducation des tuberculeux.

2° *Les moyens indirects :* hygiène alimentaire, lutte contre les diverses maladies sociales (alcoolisme, syphilis, etc.), l'amélioration de l'habitation, enfin l'hygiène générale.

MOYENS DIRECTS

I. — Le dispensaire.

Les fonctions du dispensaire antituberculeux seront les suivantes :

a) *Le dépistage des malades :* C'est là sa fonction essentielle. En France on se rend compte de l'utilité du dispensaire bien facilement, en comparant le nombre des tuberculeux connus dans une région dépourvue de dispensaire, et la multiplication abondante de ce nombre lorsqu'un dispensaire y est ouvert.

Quels sont les moyens de dépistage employés par le dispensaire?

« On a cherché en France à se rendre compte des proportions des diverses sources de recrutement de la clientèle d'un grand dispensaire urbain, des parts respectives relevant des malades venus spontanément, envoyés par les médecins ou appelés par l'action des infirmières-visiteuses. »

On a constaté les statistiques suivantes au Dispensaire Léon Bourgeois, entre mars 1921 et décembre 1922, malades provenant des I^er^, II^e^ et III^e^ arrondissements de Paris. Les chiffres obtenus se répartissaient ainsi :

1° Malades envoyés par des œuvres d'assistance....	85
2° Malades envoyés par des hôpitaux	99
3° Malades venus spontanément	88
4° Malades envoyés par d'anciens malades.....	76
5° Malades envoyés par leurs médecins	99
6° Malades dépistés par des infirmières-visiteuses..	117
TOTAL.....	564

(d'après L. Bernard.)

Il est donc indispensable qu'il existe une collaboration intime entre le médecin et l'infirmière-visiteuse; leur action ne doit pas s'opposer, mais bien se compléter.

b) L'admission de tout tuberculeux au dispensaire exigera une « double enquête » : sociale, de la part de l'infirmière-visiteuse, et médicale, de la part du médecin. La première enquête examinera la situation sociale du sujet, la deuxième comportera l'examen médical complet du malade et de son entourage. Ces deux résultats seront portés sur deux fiches, lesquelles constitueront le dossier, base de l'action principale du dispensaire.

c) De ces deux enquêtes découleront les décisions prises par le médecin du dispensaire sur le sort du malade. En somme, le dispensaire deviendra un vrai centre de triage pour les malades qui y rentrent et pour leur entourage.

d) Le dispensaire sera un « instrument d'assistance », soit par lui-même (et il ne faut trop lui en demander), soit par ses relations avec d'autres œuvres publiques ou privées : il distribuera des crachoirs et des produits de désinfection. Il restera, avant tout, un Centre de prophylaxie, et non un refuge de « pauvres diables ».

D'autre part, une caisse de secours, alimentée par les bon-

nes volontés privées, doit être formée au sein de ce dispensaire, dont le budget sera destiné aux tuberculeux très besogneux, qui seront déclarés, après avis favorable du Directeur, dignes d'intérêt.

e) Le dispensaire sera aussi un « organe d'éducation » : il donnera des conseils d'hygiène, il les fera mettre en pratique par l'action des infirmières-visiteuses, lesquelles se mettront en relations plus directes que lui avec le malade et avec son entourage.

f) Le dispensaire enfin doit avoir un « rôle d'assainissement » du logis du malade, et pendant sa vie, et après sa mort.

Personnel. — Le personnel du dispensaire sera composé d'un médecin-chef spécialisé en phtisiologie assisté de deux autres médecins, eux aussi spécialisés, et de quelques infirmières-visiteuses qui assureront le service à l'intérieur et à l'extérieur du dispensaire, en effectuant des visites à domicile.

Local. — Le local consistera en une salle d'attente, en petites salles de déshabillage, en une salle d'examen et un laboratoire.

L'ensemble de ces installations pourra être fait à peu de frais; restera le paiement des infirmières-visiteuses, lequel constituera la plus grosse dépense et la plus grosse tâche à faire pour les trouver surtout au Liban où l'instruction de la femme est encore à l'état rudimentaire.

« *Diminution de la mortalité par tuberculose.*
» *Rôle des dispensaires.*

» La tuberculose diminue en France quoique moins vite que dans d'autres pays.

» Les *dispensaires* jouent un rôle de premier ordre dans cette diminution. La démonstration rigoureuse en est délicate. Elle est possible par l'exemple des dispensaires de Lyon: 1° parce qu'il s'agit de la seule ville très importante où la lutte par les dispensaires a commencé en 1905, il y a vingt-

six ans; 2° parce que les résultats sur la diminution de la tuberculose sont en rapport avec le siège et le développement des dispensaires.

» Les deux premiers ont été fondés en 1905 (les seconds en France, celui de Calmette datant de 1903), les cinq suivants en 1918-1919 et inégalement répartis dans la ville, le huitième de 1931.

» Jules Courmont, montrait en 1911 l'effet des deux premiers dispensaires : en six ans, diminution de la tuberculose à Lyon de 35,4 pour 10.000 à 21,6; soit un gain de 9,3 pour 10.000 habitants, soit du quart; diminution surtout dans les quartiers populeux où s'exerce l'action du Dispensaire central depuis six ans (baisse de mortalité de 38,4 à 24,5, soit d'un tiers).

» Au bout de vingt ans, l'action des dispensaires est encore plus nette. Comparons les deux périodes extrêmes : avant les dispensaires et période des sept dispensaires.

» 1° *Avant les dispensaires.* — De 1900 à 1905, à Lyon, pas de dispensaire, pas de lutte antituberculeuse méthodique :

Population de Lyon : 454.000 habitants;
Décès annuels par tuberculose (moyenne des cinq années) : 1.627 décès;
Soit pour 10.000 habitants une mortalité par tuberculose de 35,5.

» 2° *Période des sept dispensaires* (1919-1924) :

Population (en augmentation) : 561.000 habitants;
Mortalité moyenne pour 10.000 habitants : 24,15;
Soit un gain de 11 pour 10.000.

» Sans doute, cette diminution de mortalité tuberculeuse ne doit pas être attribuée aux seuls dispensaires; les sanatoriums, préventoriums pour enfants, œuvres d'enfants, œuvre des enfants à la montagne, colonies de vacances, œuvre franco-américaine, la spécialisation de 600 lits pour tuberculeux dans les hôpitaux, et, enfin, l'amélioration géné-

rale de la classe ouvrière, l'augmentation des salaires, etc., doivent entrer en ligne de compte. Mais toutes ces conditions s'exercent uniformément sur toute la ville. Or, la diminution de mortalité par tuberculose est surtout marquée dans les quartiers à dispensaires nombreux et anciens; elle est beaucoup moindre dans les quartiers sans dispensaires.

» *Quartiers avec dispensaires* (rive gauche). — La mortalité était de 38,5 avant les dispensaires en 1900-1905; elle tombe à 20,8 en 1919-1924 et même à 19,7 en 1923.

» Dans le quartier du Dispensaire central (vingt ans de fonctionnement), la mortalité passe pour les mêmes périodes de 41,4 à 22, soit diminution de moitié.

» *Quartier sans dispensaire* (Vaise). — La mortalité était de 36,8 en 1900-1905; elle est encore de 30,6 en 1919-1923, diminution du sixième seulement.

» *Comparaison des V^e^ et VII^e^ arrondissements.* Elle est encore plus démonstrative.

» Le V^e^ arrondissement (Vaise) n'a pu, pour des raisons diverses, être doté d'un dispensaire local; ses malades doivent venir de très loin au dispensaire des quartiers voisins; les visiteuses ont une action beaucoup moins directe. Aussi le quartier de Vaise a conservé une mortalité presque aussi élevée qu'il y a vingt ans : elle était de 36,8 pour 10.000 en 1900-1905, elle est encore de 30,6 en 1919-1923.

» Pendant ce temps, le VII^e^ arrondissement (Guillotière), quartier du Dispensaire central J. Courmont (fondé en 1905) voyait sa mortalité tomber de 41,4 en 1900-1905, à 22 en 1919-1923 (et même à 18,2 en 1923). Pourtant ces deux quartiers sont tout à fait comparables comme population ouvrière, maisons insalubres; et, si l'amélioration des conditions générales de vie était seule en cause, la tuberculose aurait dû diminuer autant à Vaise qu'à la Guillotière. C'est l'inverse qui s'est produit...

» On peut donc résumer :

» *Quartiers ayant dispensaires nombreux et anciens :* Diminution de mortalité par tuberculose de 41 à 20,8 pour 10.000 habitants (soit de moitié).

» *Quartier sans dispensaire* : Maintien de la mortalité de 36 à 30 pour 10.000 habitants (soit diminution du sixième seulement).

» Les dispensaires antituberculeux ont donc une action puissante et très nette sur l'abaissement de la mortalité par tuberculose.

» D'abord par leur action prophylactique personnelle: soins donnés aux malades, hygiène à domicile sous l'action des visiteuses (crachoirs, désinfection des crachats, tenue du logement, etc.); par la désinfection des logements en cours de maladie et la désinfection à la buanderie centrale du linge bacillifère (deux modes d'action organisés aux dispensaires lyonnais depuis 1905).

» Ensuite par l'utilisation des autres œuvres antituberculeuses (hôpitaux spéciaux, sanatoriums, préventoriums, Œuvre de Grancher, Œuvre de protection de l'enfance, etc.) : les dispensaires sont comme des gares régulatrices qui dirigent sur les centres qui leur conviennent les malades et les enfants exposés; ils mettent en action pour ceux qui en ont le plus besoin les œuvres diverses de prophylaxie sociale.

» Sans dispensaires les quartiers populeux d'une ville sont comme privés non seulement de la prophylaxie antituberculeuse directe, mais de la prophylaxie indirecte. La diminution de la tuberculose dans une nation est liée pour une très grande partie à sa diminution dans les grandes villes; cette diminution peut être facilement obtenue dans celles-ci par l'application active de la lutte antituberculeuse.

» L'exemple de Lyon montre deux choses : 1° que la diminution de la mortalité par tuberculose peut être presque de moitié en vingt ans dans une grande ville; 2° que les dispensaires sont parmi les facteurs les plus efficaces de ce recul de la tuberculose tant par leur action directe que par la mise en œuvre des autres institutions d'hygiène sociale.

» Paul Courmont. »

II. — Le sanatorium.

Le sanatorium sera destiné à mettre en œuvre le traitement hygiénique et le traitement diététique. C'est là où les tuberculeux feront leur cure d'air, de repos, et régleront leur alimentation.

La première condition pour un sanatorium est sa construction, loin des agglomérations, sur une hauteur, et, si possible, à proximité ou au centre d'un bois de pins, de cèdres, ou tous autres conifères. Pour cela les montagnes du Liban seront des sanatoriums naturels offrant l'air pur et les diverses températures, été comme hiver, nécessaires à la cure d'un tuberculeux à n'importe quel degré de sa maladie.

L'architecture de cet établissement de cure devra assurer le plus d'air et de soleil possible. Les galeries et les parties réservées aux promenades des malades et à leur repos, seront dirigées du côté sud, sud-est, ou sud-ouest, de préférence, ou plutôt, jamais côté nord. Chaque malade y aura sa chambre avec sa fenêtre. Cet établissement comprendra, bien entendu, une installation radiographique et radioscopique, un centre de désinfection et de prophylaxie.

Le médecin-chef doit être un phtisiologue, connaissant à fond son affaire et ayant toutes les garanties. Nous préférerions pour le Liban, dans l'état actuel des choses, que le médecin-chef des sanatoriums soit un médecin ayant fait ses études en France de préférence aux autres pays d'Europe; car c'est là que sont les plus grands phtisiologues de notre siècle.

Ce médecin-chef doit être, comme dit Léon Bernard « l'âme du sanatorium », et c'est de lui que dépendra son avenir; et « tant vaut le médecin, tant vaut le sanatorium ».

Seront envoyés à ce sanatorium, seuls, les tuberculeux curables ou les améliorables. Il serait d'ailleurs absurde d'y en admettre d'autres, incurables, et de donner à un malade,

déjà condamné, un lit où un autre tuberculeux pourrait se guérir ou s'améliorer. Cette sélection sera du rôle du médecin-chef du sanatorium, qui écartera ou acceptera un malade se présentant à la consultation.

Quant au rôle de l'hôpital spécialisé et celui de l'hôpital-sanatorium, il correspondra seulement à des nécessités locales dans les pays vieux, c'est-à-dire qui ont déjà de nombreuses installations hospitalières. Ils seront remplacés avantageusement par un sanatorium pourvu de différentes sections où seront adressés tous les tuberculeux.

Notre Maître et président de thèse, le Professeur Leuret, préconise comme modèle de ces sanatoriums (celui de la municipalité de Bordeaux) le sanatorium Xavier-Arnozan.

Nous jugeons indispensable de le décrire en détail dans ses principales lignes.

Cet établissement réalise le type de l'hôpital-sanatorium, centre de traitement médico-chirurgical.

Situé à quelque dix kilomètres de la ville de Bordeaux, au milieu d'un grand bois de pins, ce sanatorium possède 257 lits dont :

179 lits de femmes, dont 48 lits de convalescentes et 32 lits d'osseuses;
46 lits d'hommes;
32 lits d'enfants.

Ces 257 lits sont répartis en plusieurs pavillons :

Au centre, un pavillon à 2 étages, qui comprend, outre les salles de malades, les divers services généraux : salle pour interventions pulmonaires; salle de radiologie; salle d'opérations; archives; service de stomatologie et de laryngologie; laboratoires complets de recherches biologiques et bactériologiques.

En avant, comme en arrière, deux pavillons symétriques de types différents se font face, l'un réservé aux enfants et aux jeunes filles, l'autre aux hommes; chacun de ces pavillons a 64 lits.

Enfin, deux pavillons, l'un de convalescents, réservé aux malades relativement stabilisés, l'autre d'orthopédie, de nombreuses galeries de cure, la communauté, la cuisine, la buanderie où aboutissent toutes les canalisations des eaux usées du sanatorium après une désinfection automatique.

Actuellement, c'est notre Maître le Professeur Leuret, connu par ses travaux et recherches sur la tuberculose, en France et à l'étranger, qui en est le médecin-chef, aidé par une foule de ses anciens élèves et ceux de son prédécesseur, le Professeur Arnozan (*in memoriam*), tous les deux animateurs et créateurs de tant d'œuvres de prophylaxie et de lutte antituberculeuses dans le sud-ouest de la France.

III. — Les sanatoriums au Liban.

Historique. — Etat actuel.

Le sanatorium a vu le jour au Liban et a pris sa place dans la lutte antituberculeuse dans ce pays en 1920; où un sanatorium pour hommes fut créé à Aïn-Louis, dans le district du Metten et un autre à Behannès, destiné à recevoir les femmes.

L'un et l'autre sanatorium sont destinés aux tuberculeux indigents, jugés encore curables. Bien entendu ces deux établissements sont loin de ressembler aux établissements européens et par leur forme et par leur organisation intérieure, ils sont heureusement favorisés par leur situation géographique.

1° Sanatorium de Aïn-Louis.

Ce Sanatorium réservé aux hommes contient 37 lits. Il est confié aux sœurs Franciscaines. Il est insuffisant à tous les points de vue et ne répond en aucune façon aux exigences actuelles du pays, où la tuberculose s'est considérablement développée, comme nous l'avons montré dans le chapitre intitulé *Emigration et tuberculose*.

Nous avons pu avoir quelques statistiques concernant l'un et l'autre de ces deux Sanatoriums datant de 1928, donc de huit ans après leur fondation.

Statistiques du Sanatorium de Aïn-Louis (Année 1928).

	Admis.	Guéris.	Morts.
Janvier	3	»	»
Février	5	1	»
Mars	4	4	2
Avril	7	5	»
Mai	3	»	»
Juin	6	2	1
Juillet	4	»	»
Août	2	»	2
Septembre	3	1	2
Octobre	3	4	»
Novembre	7	»	»
Décembre	»	»	»
Total	47	17	7

2° Sanatorium de Behannès.

Ce Sanatorium est réservé aux femmes. Il appartient aux Filles de la Charité et est dirigé par elles. L'Assistance y subventionne 20 lits.

Statistiques du Sanatorium de Behannès (année 1928).

	Admis.	Guéris.	Morts.
Janvier	2	»	1
Février	2	»	1
Mars	3	»	2
Avril	5	1	5
Mai	13	2	3
Juin	16	»	4
Juillet	7	2	2
Août	7	4	4
Septembre	2	4	2
Octobre	1	4	1
Novembre	6	3	1
Décembre	2	1	»
Total	66	21	26

En résumé : Organisation incomplète et insuffisante à tous les points de vue. Il serait désirable qu'un crédit soit voté, et au plus vite, par le Gouvernement du Liban, pour l'organisation d'une lutte antituberculeuse, comme nous venons de la décrire. Elle comprendra la fondation des établissements suivants :

6 dispensaires antituberculeux à Beyrouth;
6 sanatoriums à la montagne;
2 hôpitaux spécialisés à Beyrouth;
2 hôpitaux-sanatorium à la montagne;
2 hôpitaux-sanatorium à Beyrouth.

Tout ceci sera réservé aux adultes des deux sexes, nous conservons au paragraphe suivant une étude sur l'organisation de la préservation de l'enfance contre la tuberculose.

CHAPITRE VII

PRESERVATION DE L'ENFANCE CONTRE LA TUBERCULOSE

Il est de notion très importante à connaître que, plus le sujet est jeune, plus il est sensible à la tuberculose. Donc, plus tôt vous séparerez un enfant sain de ses parents, l'un ou l'autre tuberculeux, plus tôt sera le mieux; c'est ainsi que Pasteur formula le premier cette loi, en étudiant les maladies des vers à soie par la ségrégation des graines. C'est ce qui permit, par la suite, à Grancher de concevoir l'excellente idée de l'appliquer à l'homme et de conclure que la base de la prophylaxie infantile de la tuberculose repose sur ce principe : isoler l'enfant dès sa naissance de tout contact tuberculeux. Il sépara l'enfant sain du foyer tuberculeux où il risquait d'être contaminé, et fonda l'œuvre qui a porté son nom : Œuvre Grancher.

Plus tard, Léon Bernard créa un autre mode de prophylaxie antituberculeuse de l'enfance et l'appela Œuvre de placement familial des tout-petits.

Ces créations, « Œuvre Grancher » et « Placement familial », consacrées aux soins que réclame l'état des enfants, proviennent d'une idée féconde par ses principes comme par ses résultats. Plus tard, on a créé, en France, des établissements spéciaux pour la lutte contre la tuberculose, qu'on a appelés « préventoriums » et qui ont été définis ainsi qu'il suit, par la Commission permanente de préservation contre la tuberculose : « établissements situés à la campagne, où des enfants le plus souvent exposés à la contagion dans le milieu familial, non fébricitants et non contagieux, atteints de formes initiales, latentes et curables de tuberculose, sont soumis, en régime d'internat, à une hygiène spéciale, constituée par une alimentation surveillée,

une aération continue et une association de repos, d'instruction et d'entrainement physique, respectivement dosés par la collaboration d'un médecin et d'un pédagogue. »

On adressera à ces préventoriums des enfants dont la maladie est encore discrète. Ces établissements joueront, par la suite, un grand rôle dans la prophylaxie antituberculeuse; en enlevant au milieu familial contaminé, où ils se sont infectés, ces petits êtres, on arrêtera les surinfections, qui, comme nous venons de le dire, sont les plus dangereuses dans l'évolution de la tuberculose :

Ne pas négliger l'inspection médicale dans les villes, surtout des internats; ceci est de la plus haute importance, car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, le séjour prolongé de la jeunesse dans les villes crée une prédisposition à la débilité et aux anémies de toute nature. Ainsi, ces écoliers, surtout les pensionnaires, parmi eux, constitueront une grande réserve pour la contagion tuberculeuse, et c'est là, dans ces internats, où tous les élèves couchent sous le même toit, que le médecin, chargé de l'enquête, pourra dépister des tuberculoses jusque-là ignorées; il trouvera des enfants légèrement contaminés qui, placés à ce moment-là dans des préventoriums, se sauveront assez facilement, et qui, si on les avait laissés dans ce milieu sans leur épargner les soins qu'exige leur santé, auraient pu être disposés, tôt au tard, aux grandes attaques et aux graves complications de cette redoutable maladie.

Tels sont les principaux éléments de lutte destinés à préserver l'enfance de la tuberculose. Nous pouvons assurer qu'une pareille lutte, bien organisée au Liban, rendra de réels services et pourra, espérons-le, limiter le champ d'action de la maladie et c'est le but cherché, car nous n'avons pas la prétention de supprimer en peu de temps la marche de la tuberculose, mais, il ne faut point pour cela rester des inactifs et laisser périr (faute de prévoir les choses), tant de ces âmes innocentes.

Nous ne pouvons ici que donner un résumé de ce qui a pu

être fait et tenté en France surtout, pour la lutte contre la tuberculose; nous avons essayé de montrer, en peu de pages, les principales créations hospitalières dignes d'intérêt.

Le B. C. G. dans la prophylaxie de la tuberculose infantile.

Définition. — Le procédé de vaccination par le B. C. G., étudié par Calmette et Guérin, est basé sur l'utilisation d'un bacille tuberculeux modifié par une longue culture sur milieu bilié. C'est un procédé très important et qui promet beaucoup dans les pays où on l'a déjà employé. Il est très important aussi qu'il soit connu et généralisé au Liban, et d'une façon systématique.

Notre intention est d'introduire systématiquement ce procédé au Liban, d'étudier sur place les résultats fournis afin d'établir des statistiques exactes.

Utilisation. — Ce vaccin est délivré par l'Institut Pasteur. Il est préventif et non curatif et ne doit être fait qu'à des nourrissons non tuberculeux; il s'adresse surtout aux enfants nés de parents tuberculeux et encore plus à ceux qui ne sont pas ou ne peuvent pas être séparés de leurs parents bacillifères.

Néanmoins, le créateur de ce vaccin recommande de l'utiliser systématiquement chez tous les nourrissons non seulement dans les milieux tuberculeux ou suspects, mais dans les milieux sains en apparence. Il ne doit intervenir que sur des organismes vierges encore de toute infection tuberculeuse.

Mode d'emploi. — Chaque flacon ou ampoule renferme une dose qui doit être absorbée par voie buccale dans un peu de lait une demi-heure avant la tétée. Le nouveau-né doit absorber trois doses, chacune de deux en deux jours et le plus tôt possible après la naissance. Cette ingestion absolument inoffensive doit donner des résultats très satisfaisants et ne doit occasionner aucun trouble.

CHAPITRE VIII

MOYENS INDIRECTS DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE AU LIBAN.

Ces moyens sont : l'hygiène individuelle, l'hygiène alimentaire, la lutte contre l'alcoolisme et l'hygiène de l'habitation.

Rappelons en quelques lignes le rôle que chacune de ces luttes joue dans la lutte antituberculeuse.

a) *Hygiène individuelle.* — C'est par elle qu'on arrive à la prophylaxie sociale. Il faut pour cela que chaque membre de la société, sain ou malade se considère comme un apôtre, pratiquant cette hygiène et la prêchant à son entourage : adultes et enfants.

b) *L'hygiène alimentaire* consiste à ne lancer dans le commerce, pour la consommation, que des produits alimentaires inspectés et analysés au préalable par des médecins de l'inspection : viande, lait, beurre, etc. Elle consiste encore à ne boire que des eaux potables indemnes de germes pathogènes.

c) *Lutte contre l'alcoolisme.* — « Lutter contre l'alcoolisme, c'est lutter contre la tuberculose. » Ainsi, des mesures très sévères doivent être prises pour cette lutte de la part du gouvernement local et des médecins qui connaissent, plus que n'importe qui, le rôle néfaste de l'alcool dans la prédisposition de la tuberculose.

Nous consacrons quelques lignes dans ce paragraphe à l'usage de l'arak (sorte d'eau-de-vie) au Liban dans les bois-

sons alcooliques, usage très répandu de ce produit qui est une eau-de-vie contenant environ 70 degrés d'alcool. Le Gouvernement devrait instituer des mesures très sévères et défendre à la population de faire de ces distillations à degré si fort. C'est plutôt un poison qu'une boisson.

d) *L'hygiène de l'habitation.* — Nous avons trop insisté sur ce sujet pour que nous y revenions encore une deuxième fois. En effet, le surpeuplement avec le taudis sont les deux principaux défauts des villes, lesquels favorisent la propagation de la tuberculose tout en multipliant les chances de contagion.

Ainsi, avons-nous terminé ce problème de lutte contre la tuberculose, maladie sociale par excellence, que nous voyons se généraliser de plus en plus au Liban. Nous osons espérer, une fois toutes ces mesures précitées prises, arrêter le développement de cette grave maladie. Mettons donc en pratique ces divers problèmes et si les cas de guérison, au début de notre lutte, ne sont pas fréquents, ne nous décourageons point, luttons, au contraire, de toutes nos forces. Il est évident que la tâche est ingrate, mais elle n'est point désespérée, et, dans un pays tel que le Liban, où, relativement aux autres pays, la tuberculose est pour ainsi dire à sa période de début d'attaque, nous pourrons y faire beaucoup et arriver avec le temps, la lutte et la patience, à un résultat tôt ou tard meilleur.

Donc luttons contre l'émigration de la jeunesse vers les villes et dans les villes, protégeons les citadins et luttons contre le taudis; élevons-y des dispensaires, enrayons la mendicité, améliorons le sort des nombreuses familles, et il y en a dans le Liban, de ces foyers de 15 à 20 personnes ! Enfin instituons-nous une forme de gouvernement stable avec un personnel en nombre proportionné à celui de la population qui est si petit; mettons à la tête de ce Gouvernement des chefs dignes et éclairés et surtout, pour ce qui nous intéresse le plus, un directeur d'hygiène et d'assistance publique connaissant à fond les lois de ces deux

branches de la médecine, de préférence un ancien élève des universités européennes.

Nous rendrons, par tout cela, d'énormes services à notre pays que nous avons toujours su défendre contre toutes les nombreuses et continuelles attaques des barbares ambitieux, qui ont toujours cherché à nous anéantir, et physiquement et moralement.

CHAPITRE IX

HYGIENE ET ASSISTANCE PUBLIQUE AU LIBAN

A

1° L'Hygiène.

Jusqu'en 1918, le territoire du Petit-Liban possédait un personnel officiel (nommé par le Gouvernement) de sept médecins : un médecin-chef, résidant à Baàbda (centre du Gouvernement en hiver). et les autres répartis dans les districts suivants : un pour Djezzine, un pour Chouf, un pour Metten, un pour Kesrouane, un pour Batroun et un pour Koura. Ces médecins donnaient leurs soins aux gendarmes et aux prisonniers seulement. Ils n'étaient secondés par aucun personnel technique et étaient, en plus, dépourvus de tout matériel sanitaire et d'hôpitaux (seule, une infirmerie de 25 lits était réservée aux gendarmes et prisonniers), sans instructions officielles sur leur rôle médical.

Quant aux régions qui furent annexées au Petit-Liban en 1920, il y existait un médecin-chef à Beyrouth, nommé médecin de la place, aidé par trois médecins municipaux. Un médecin municipal dans chacune des divisions sanitaires suivantes : Saïda, Tyr, Baalbeck.

Donc l'Hygiène était à peu près inexistante.

2° L'Assistance publique.

Avant 1918 aucune organisation hospitalière officielle n'existait : les malades de toutes catégories, indigents, orphelins ou incurables, étaient abandonnés à la charité privée des habitants du pays et voués à la mendicité.

Cependant, à Beyrouth il existait un hôpital réservé aux militaires. C'est juste vers la fin de 1917 que le Service de santé de l'armée turque installa dans cette ville un dispensaire antivénérien et un service d'isolement des contagieux.

B

1° L'Hygiène après 1918.

Ce n'est que vers 1920 que l'Hygiène et l'Assistance publique s'ébauchèrent : ainsi, furent nommés des médecins officiels ayant pour mission l'organisation des services sanitaires dans chaque district; quelques médecins municipaux furent désignés aussi dans les localités les plus importantes du pays.

2° L'Assistance publique après 1918.

a) *Hôpitaux.* — Sept hôpitaux d'une trentaine de lits chacun furent créés par l'Assistance publique, ainsi qu'une quinzaine de dispensaires sur tout le territoire libanais et pour les différentes maladies.

b) *Orphelinats et asiles.* — Quatre petits asiles, dont un pour aveugles et vieillards, furent fondés.

c) *Protection de l'enfance.* — L'Assistance subventionne une crèche, ainsi que le Dispensaire de l'Œuvre de la goutte de lait à Beyrouth.

Voilà toute l'organisation sanitaire; organisation, malgré tout, encore bien insuffisante. Nous osons espérer qu'il y aura une évolution d'idées et que des esprits initiateurs, ressentant l'insuffisance de pareils établissements, mettront du zèle à réorganiser des luttes pour les diverses maladies sociales qui guettent le pays tout entier.

C'est à nous médecins, surtout les anciens élèves des universités européennes, qui avons vu l'organisation des œuvres d'hygiène et d'assistance sociale, palpé leur résultat satis-

faisant et vu leur nécessité, d'éclairer, par nos publications dans les divers périodiques et revues médicales et d'intérêt social dans le pays, de montrer, dis-je, la voie au Gouvernement libanais, et, par nos conférences, prêcher l'hygiène dans tout le Liban.

Nous aurons la satisfaction d'avoir, par nos efforts, servi moralement notre pays. Que chacun de nous organise des luttes : antituberculeuse, antipaludéenne, antivénérienne, antidysentérique, et tant d'autres luttes à ce même préfixe. Il y aura beaucoup à faire mais jamais trop, pour ceux qui veulent peiner, se dévouer, et honorer la noble profession de médecin, profession faite de dévoûment, d'abnégation et de lutte.

CHAPITRE X

DECLARATION OBLIGATOIRE DE LA TUBERCULOSE AU LIBAN

Ce chapitre est conçu un peu trop tôt, et c'est lorsqu'un plan de traitement complet sera réalisé plus tard pour la tuberculose, que le Liban devra instituer une loi pour la déclaration obligatoire de cette maladie. C'est à titre purement théorique que nous montrons les avantages de cette déclaration et les mesures légales qu'il faudra prendre :

La tuberculose, bien qu'elle ne se manifeste pas immédiatement après l'absorption du germe par le malade, comme c'est le cas dans les maladies infectieuses en général, n'en est pas moins contagieuse quelque temps après, et de façon d'autant plus dangereuse qu'il n'est pas possible de remonter à la source de la contagion et de s'en défendre.

Dans un pays, comme le Liban, où la population n'est pas encore habituée à ce genre de mesures légales, il y aura peut-être des objections à ce sujet de la part du médecin, qui dira peut-être qu'il serait cruel de déclarer aux malades qu'ils sont tuberculeux, qu'il résulterait de cette déclaration de nombreux drames de désespoir. Nous répondrons à cette objection, qu'une telle déclaration dans de telles circonstances provoquera, en effet, une vive émotion au tuberculeux, mais cela durera quelques jours, et le tuberculeux aura vite fait de renaître à l'espérance, surtout lorsque le médecin aura affirmé tout au moins au malade (afin de le rassurer) que sa maladie est curable.

On peut penser aussi que la déclaration obligatoire pourrait empêcher les tuberculeux de se faire examiner par leurs médecins et se faire soigner par la suite, nous répondrons que tels malades sont bien trop rares pour qu'on puisse tenir compte de cette objection.

La déclaration obligatoire des maladies infectieuses et surtout de la tuberculose doit désormais entrer dans les mœurs, il en résulterait un grand bienfait pour tous, sains et malades. C'est le rôle du médecin et celui du gouvernement d'entrer résolument dans la voie de la lutte contre la tuberculose, et dans la nécessité de sa déclaration obligatoire. Ce serait un effort louable et logique. De même, ce projet doit aller de pair avec l'application des règles de l'hygiène pour l'alcoolisme, la syphilis, le taudis, la misère et la prostitution, terrains sur lesquels se greffe presque toujours la tuberculose.

Ajoutons à cela l'assainissement de l'atmosphère des villes, de celle de la rue, des cafés-concerts, des cinémas et théâtres, où la jeunesse surtout reçoit sans arrêt des éléments nocifs, favorables au développement de cette maladie. Il s'agit aussi d'enrayer, autant que possible, les exhibitions, chansons et images malsaines, pièces de théâtre qui représentent à la jeunesse un peu trop de ces situations tragiques et louches de l'adultère. Il faut enrayer aussi cette « basse littérature de romans d'amour et d'aventures, qui sollicite la curiosité malsaine de la jeunesse et éveille en elle les appétits sexuels ». Il est donc indispensable d'appliquer la censure fermement sur de telles exhibitions. La tâche sera peut-être un peu difficile et ce sera un peu trop dur d'avoir gain de cause. Aller prêcher à cette jeunesse d'aujourd'hui la continence, et lui parler de la nécessité de tenir ses appétits psychiques sous le contrôle des besoins physiologiques naturels, c'est peut-être aller à l'encontre du résultat cherché, mais sachons le faire intelligemment et sans trop brusquer la mentalité de la jeunesse actuelle.

De même, la déclaration obligatoire de la tuberculose a

des avantages indéniables pour la prophylaxie de cette maladie. Le premier de ces avantages c'est la « statistique » des malades tuberculeux dans les différentes régions. En effet, c'est la statistique qui permettra au gouvernement, aux chefs des établissements destinés à la lutte antituberculeuse, de préciser le nombre et la répartition des tuberculeux; notion utile qui mettra en garde les chefs du pouvoir et la société contre cette maladie, en les obligeant à mettre en œuvre tous les moyens nécessaires de prophylaxie, à connaître enfin les régions les plus prédisposées à héberger le germe de cette maladie et à leur déclarer une guerre bien organisée de prophylaxie.

Elle a encore une valeur « technique », en ce sens qu'elle apporte au médecin, par son application, des moyens et instruments de diagnostic et de traitement modernes.

Elle a enfin une valeur « éducative » et pour le gouvernement et pour la société; pour le gouvernement, dont elle stimulera le zèle dans la continuation de son effort; pour le public, en lui faisant comprendre la nature du mal et les dangers que peut courir le malade lui-même et ceux qu'il peut faire courir à son entourage.

Elle a une haute valeur « morale »; il est, en effet, inadmissible qu'on laisse décimer une population sans essayer de se renseigner exactement sur les foyers du mal, et de connaître, afin de les combattre, les sources de ce mal.

Il est enfin de toute nécessité, pour que cette déclaration soit utile et porte ses fruits, qu'elle comporte trois garanties : « la préservation du secret médical » (déclaration de médecin à médecin); l'authenticité des diagnostics » (déclaration limitée aux tuberculeux avérés); l'existence, enfin, de moyens de prophylaxie et d'assistance indispensables.

Elle aura certainement, comme nous venons de le dire, des contradicteurs et des objecteurs, qui s'amenderont lorsqu'ils verront sa grande utilité et sa contribution efficace à la lutte antituberculeuse.

CONCLUSION

Peut-on arrêter l'émigration au Liban ?

A. — Si nous rapportons le nombre de fonctionnaires et les nouvelles charges créées par le Gouvernement de la République libanaise, instituée depuis 1926, ainsi que les impôts toujours nouveaux qui ruinent le paysan, aux revenus de ce paysan, nous constatons que ces revenus suffisent à peine à payer ces charges et à entretenir la propriété : le paysan ne peut plus se suffire, d'où, dans l'état actuel des choses, il est obligé d'émigrer.

B. — Si nous voulons nous donner la peine de rapporter la densité de la population du Liban, non à la surface totale du territoire tout entier, mais à la surface des terrains cultivables, nous nous apercevons que cette densité est supérieure à 500 habitants par kilomètre carré : la terre du Liban ne peut plus nourrir sa population, d'où émigration.

Le développement de l'émigration.

Ce développement de l'émigration tend à vider littéralement le pays, et c'est avec désolation et tristesse que nous savons près de 300.000 Libanais hors de leur pays, alors que, 500.000 environ seulement y vivent. L'émigration atteint le chiffre effrayant de 60 p. 100 de la totalité de la population. Cette émigration, quoique moins active qu'il y a quelques années, n'empêche qu'elle continue quand même à vider le Liban de sa population.

A-t-on essayé d'enrayer cette émigration ?

Le pays étant pauvre par la suite de cette émigration — le manque de directive, l'inexistence des entreprises locales,

y contribuent pour beaucoup — point d'effort économique, point d'encouragement à ceux qui peinent, ni moral, ni matériel, et de la part de l'Etat, et de la part de la population aisée. Les habitants se laissent conduire comme des moutons et se laissent vivre sans jamais essayer de protester contre cet état de choses.

Il est vrai qu'il y a eu quelques débuts de projets utiles afin de remonter le niveau économique actuel, mais il n'y a pas souvent eu de *continuité* d'effort, et c'est bien déplorable!...

La possibilité de pouvoir enrayer cette émigration. Peut-on le faire ?

La question est délicate à poser et à résoudre dans une thèse de médecine qui a pour champ d'action surtout le point de vue hygiénique, de la question. C'est plutôt une question d'économie politique, ce qui n'est pas de notre ressort. Mais nous pouvons dire, sans avoir peur pour cela d'être attaqué, qu'il est de toute urgence que nous modifions notre constitution administrative et gouvernementale actuelle, laquelle ne doit plus avoir pour but la représentation confessionnelle (différentes croyances) et les luttes intestines qui en résultent, mais, les soins matériels et moraux, la protection et la surveillance du peuple libanais, de quelque croyance qu'il soit et sans aucune partialité. Ainsi montrerons-nous clairement que nous sommes un peuple qui tâche d'évoluer vers le progrès qu'il aime : qu'il y ait plusieurs (et même un peu trop de croyances, comme il en a été de tout temps dans ce pays), nous ne pouvons rien de ce côté, mais ce que nous aurions aimé voir, c'est que toutes ces agglomérations de sectes et religions, très différentes les unes des autres, reconnaissent une seule Patrie et forment une seule nation. Ainsi le Liban aura-t-il des chances d'aller vers l'évolution et le progrès.

Ainsi pour avoir doté un pays si peu peuplé et si différent

du caractère de ses habitants et de leur mentalité d'un titre pompeux de République Libanaise avec un régime parlementaire qui exige une véritable armée de fonctionnaires, il a fallu aller contre la logique, car, la logique nous montre, et le droit aussi, que pour qu'un pays soit constitué en République, il faut, au moins, qu'il puisse se défendre lui-même contre les attaques des autres pays, qui, quand bon leur semble, lui déclarent la guerre : témoin les diverses attaques de jadis et d'aujourd'hui des voisins immédiats de ce pauvre pays. Il faut aussi que ce pays ait une indépendance, et politique et économique. Enfin, et c'est le principal, il lui faut une armée, autrement le titre pompeux de république ne serait que de la pure vanité, faite pour tromper l'innocent.

Certains objecteront et diront : « C'est le devoir de la France de rendre le pays parfait. » Il est vrai que l'attribution du mandat à la France sur le Liban, pays détaché de la Turquie en 1918, a été faite en vue de faire évoluer progressivement ce pays vers son indépendance : il serait donc du devoir de l'Etat mandataire d'aider au développement, de diriger le plan du commerce, la création de l'industrie et de contribuer au relèvement de la situation économique du pays sous mandat.

Nous déclarons que jamais la France n'a failli à son devoir, mais lorsqu'elle voit que nous-mêmes ne l'aidons pas dans sa tâche si difficile, et surtout dans cet état de crise actuelle, forcément elle se décourage et arrivera peut-être un jour à se désintéresser complètement de notre sort.

Les remèdes contre l'émigration à appliquer au Liban.

Ces remèdes seront :

les moyens de relèvement économique;
le développement de l'agriculture;
création et développement de l'industrie;
protéger la santé publique par une organisation rationnelle de l'hygiène.

Si l'on envisage la période de colonisation romaine du Liban, on se rend compte que la densité de la population était plus d'une fois supérieure à ce qu'elle est aujourd'hui. Comment donc le Liban d'autrefois pouvait-il suffire à cette population à laquelle, aujourd'hui, il ne peut plus suffire?

Il est vrai que les progrès et les exigences de la civilisation actuelle créent de nouvelles charges et de nouveaux besoins, ce n'est pas une raison valable. Mais ce qui explique comment cette population ancienne pouvait se suffire largement, c'est qu'à l'époque de la colonisation romaine du Liban, il n'y avait pas de terrain inculte.

A titre d'exemple, prenons l'hydrographie du bassin du Liban à cette époque. Toutes les eaux de ce bassin du Liban et de l'Anti-Liban étaient captées pour la période de sécheresse, afin d'irriguer les terrains secs; témoin ces vestiges de travaux romains, de canalisation, de lacs artificiels, etc., tandis qu'il ne reste à présent que trois ou quatre rivières dont les eaux sont utilisées pour les irrigations.

Rien que cet exemple parmi tant d'autres nous montre que irrigation et constitution de réserves d'eaux, captation des eaux de grandes rivières, constitution de réservoirs d'eau pour les mois de sécheresse, joueront dans un pays comme le Liban un rôle important pour le développement de l'agriculture, et constitueront un remède très actif contre l'émigration; leur but sera de rendre le pays fertile et de faire travailler le paysan qui n'émigrera plus.

Quant à l'industrie, elle est malheureusement presque inexistante. Le Liban aurait pu avoir une ébauche d'industrie, mais le temps lui manque : tantôt ce sont des luttes politiques qui l'absorbent, tantôt des divisions religieuses qui le corrompent, etc.

Pourquoi donc la classe dirigeante ne met-elle pas fin à cet état de choses et ne crée-t-elle pas des industries ? Pourquoi, encore, l'Etat ne s'occupe-t-il pas de créer des entreprises économiques de portée sociale ?

Ainsi, l'électrification du pays tout entier est un grand

problème qui peut être réalisé, car ce n'est pas la houille blanche qui nous manque pour installer l'électricité dans les campagnes, et pour électrifier nos réseaux de chmins de fer et le pays tout entier. Une Société d'entreprises, nous raconte-t-on, vient de commencer heureusement l'étude de ce projet de haute portée industrielle. Y aura-t-il réalisation?

Si au lieu d'acheter à prix d'or la houille noire à l'étranger, la réalisation du plan de cette société nous permettait de réaliser un gain matériel et moral, elle permettrait aussi l'emploi du paysan, qui n'émigrerait plus, et d'économiser à l'Etat annuellement de fortes sommes par l'emploi de cette houille blanche et de son utilisation domestique, à la place de cette houille noire et cet éclairage domestique du pétrole, l'un et l'autre nous provenant de l'étranger et nous coûtant bien trop cher.

Une fois, aussi, que l'utilisation de cette force motrice sera réalisée et installée, le développement de diverses autres branches de l'industrie est acquis et certain.

Ceci est un exemple entre tant d'autres qu'on pourrait trouver au hasard de la plume.

Ce qu'il faut, c'est d'abord entreprendre, car c'est le commencement, en toute chose, qui est le plus difficile...

Donc, développons notre agriculture, créons des industries, développons notre commerce (exportation et importation), nous remédierons à l'émigration, et en remédiant à l'émigration, nous préviendrons la tuberculose, maladie sociale par excellence, qui menace de dévaster le pays, et « mieux vaut prévenir que guérir ».

Vu, pour le Doyen :
L'Assesseur,
J. GUYOT.

Vu, bon a imprimeur :
Le Président,
E. LEURET.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 juin 1932.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

LEURET. — Cours de pathologie interne (appareil respiratoire) pour l'année 1928-1929.

— *Journal de médecine de Bordeaux :* Numéro spécial consacré à la tuberculose et aux prophylaxie et lutte antituberculeuses dans le Sud-Ouest de la France. Numéro du 30 mars 1931.

— Hôpital-Sanatorium Xavier-Arnozan. *Journal de médecine de Bordeaux,* mars 1931.

COURMONT. — Traité d'hygiène.

— Rôle des dispensaires dans la mortalité par tuberculose. *Monde médical,* n° 1, 15 nov. 1931.

LÉON BERNARD. — Traité sur la lutte et la prophylaxie antituberculeuses.

PIÉCHAUD. — Armement antituberculeux dans le Sud-Ouest de la France. *Journal de médecine de Bordeaux,* 1931.

Direction de l'Hygiène au Liban. — « Le Liban », ouvrage publié par la Direction de l'Hygiène et de l'Instruction publique au Petit-Liban.

HÉRICOURT. — Les maladies des sociétés.

ZUMOFFEN. — Géologie du Liban.

Annuaire médical de Beyrouth.

Almanach français de Beyrouth.

LALESQUE. — Prophylaxie antituberculeuse. *Bulletin de l'Académie de médecine,* févr. 1924.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION. — Historique et état actuel du Liban 13

CHAPITRE I. — Les climats du Liban 15

CHAPITRE II. — Eau potable du Liban. Précautions à prendre à la ville et à la montagne 17

CHAPITRE III. — La population actuelle du Liban : émigration et immigration 21

CHAPITRE IV. — Emigration et tuberculose au Liban 22

CHAPITRE V. — Programme d'une lutte antituberculeuse au Liban; prophylaxie et œuvres de prophylaxie 27
Centre sanitaire du Liban 29

CHAPITRE VI. — Les sanatoriums au Liban 29

CHAPITRE VII. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose au Liban 41

CHAPITRE VIII. — Moyens indirects de lutte antituberculeuse au Liban 44

CHAPITRE IX. — Hygiène et Assistance publique au Liban 47

CHAPITRE X. — La déclaration obligatoire de la tuberculose au Liban. 50

CONCLUSION. — Peut-on arrêter l'émigration au Liban 53

BIBLIOGRAPHIE. 58

7.155. — Bordeaux, Imprimerie Cadoret, 3, place Saint-Christoly. — 1932.